

REKTOVAGİNAL FİSTÜL

Rektovaginal fistül perianal fistül kategorisinde ele alınan bir hastalıktır ve barsak içeriğinin vagenden gelmesi ile karakterizedir.

KLİNİK-TANI:

Vagenden gaz ve gaita gelmesi en önemli şikayettir. Bunun yanında bu içeriğin tahrişine bağlı olarak vaginit ve apse bulunur.Vagenden zaman zaman pürülan bir akıntı gelir.Vaginite bağlı ağrılı ilişki,apse durumunda oluşan sertlik ve bu sertliğe bağlı pelvik taban dediğimiz anüs, vagen ve arasındaki bölgede ağrı bulunabilir.Fistülün çapı ve düzeyi bu şikayetlerin seviyesini de değiştirebilir.Kansere bağlı olan fistülde bunlara ek olarak kitle etkisi ve idrar sorunları da olabilir.



Resim 1:Rektovaginal Fistül

Rektovaginal fistülün en önemli sebebi doğum travmasıdır. Doğum sırasında yapılan epizyotominin derinleşmesi, zor doğum, iri bebek, doğum eyleminin iyi yönetilememesi bunda rol oynamaktadır. Ayrıca Anorektal apse, Epidermoid Ca dediğimiz anüs kanserlerinde, kalın barsak-rektum- kanserlerinde, Crohn hastalığında, bu bölgeye yapılan radyoterapi uygulamaları sonucu, pelvik iltihabi hastalıklarda ve bu bölge cerrahilerinde ki bunlardan en sık karşılaştığımız stapler hemoroidektomi ve rektum kanserlerinde uygulanan stapler kullanılarak yapılan ameliyatlarda da gözlenebilir.

Rektovaginal fistüllerin seviyesini belirlemek ve sınıflandırmak tedavide yol göstermesi açısından önemlidir. Değişik sınıflandırmalar yapılmış olsa da en çok kullanılan Anatomik Sınıflamadır. Buna göre rektovaginal fistüller alçak ve yüksek seviyeli fistüller olarak ayrılır.

Tanıda iyi bir sorgulama önemlidir. En belirgin şikayet vagenden gaz ve/veya gaita gelişidir. Ancak mutlaka inkontinans, anüs ve perine defektleri ekarte edilmelidir. Çünkü bu hastalar gaita veya gazın vagenden gelmesini veya kaçırmayı karıştırabilirler. Anamnezde vaginal travma öyküsü, ameliyatları, kanser tedavisi alıp almadığı ve crohn hastalığı araştırılmalıdır.

İyi bir muayene ile- ki bu muayenede mutlaka anoskopi ve/veya rektoskopi kullanılmalı- fistül seviyesi tesbit edilmelidir. Alçak seviyeli fistüllerde tanı ve fistül orifislerinin görülmesi daha kolaydır. Yüksek seviyeli fistüllerde özellikle sadece gaz kaçağı olan küçük fistüllü hastalarda tanı için ilave tetkikler mutlaka yapılmalıdır.

Anüse metilen mavisi verilerek vagendeki kirlenme gözlenebilir yada baş aşağı pozisyonda vagene sıvı, anüse gaz verilerek vagenden gaz kaçağı gözlenebilir.

Etyolojiye yönelik ise BT ve MR istenebilir. Bu aşamada pelvik lenf nodları mutlaka irdelenmelidir. Doğum travması yada geniş anlamda pelvik travmalı hastalarda mutlaka kontinans değerlendirmesi yapılmalı gerekirse anal EMG tetkiklere ilave edilmelidir.

TEDAVİ:

Rektovaginal fistül tedavisi mutlak cerrahidir. Nasıl bir operasyon uygulanacağı ise fistülün seviyesi ve cerrahın tedaviye aşinalığı ile belirlenmelidir.

İntestinal diversiyon dediğimiz kolostomi açılması veya grasilis kas repozisyonu dediğimiz bacadan kas çevirmeden mukozal ilerletme fleblerine kadar değişik tedavi metodları kullanılmaktadır. En çok kullanılan ise ilerletme flebleri ile tamirdir. Bu tedavi seçiminde de yukarıda bahsettiğimiz gibi fistülün seviyesi ve ilave hastalıklar bulunması etkili olmaktadır. En çok kullanılan ilerletme flebi ile tamirde Genel cerrahlar daha çok **Transanal** yaklaşımı benimserken, Kadın Doğum uzmanları daha çok **Transvaginal** yolu tercih etmektedirler. Ancak basınç yönü rektumdan vagene olduğu için Transanal yaklaşımlar daha çok kabul

görmüş ve başarılı olmuştur. Bu nedenle Transanal yaklaşımlar daha çok uygulanmaktadır. İlave hastalıkların bulunduğu veya inkontinansın eşlik ettiği hastalarda ise **Transperineal** yaklaşımlar uygulanabilir.

Alçak seviyeli rektovaginal fistüller mukozal ilerletme flepleri ile başarılı olarak tedavi edilebilir. Bununla başarılı olunamıyorsa diğer ilerletme flepleri kullanılmalıdır.

Biz burada etyolojide çoğunlukla karşılaştığımız doğum travması sonrası rektovaginal fistül gelişen bir hasta üzerinden ilerletme flepleri ile tamiri ayrıntılı olarak anlatacağız.

Hastamız 23 yaşında bayan hasta. Doğum sırasında epizyotominin derinleşmesi sonucu Grade IV laserasyon oluşan ve hemen doğum sonrası tamir uygulanan bir hasta.

Uygulanan tamirin 1. Haftasında vagenden gaita gelmesi nedeni ile tekrar başvurmuş. Yapılan değerlendirmede yaklaşık çapı 1 cm olan rektovaginal fistül tesbit edilmiş ve hemen operasyon kararı verilmiş. Operasyon olarak ise kolostomi açılması ve grasilis kas repozisyonu önerilmiş.

Hastamızı muayene ettiğimizde yaklaşık 1 cmlik defektle rektovaginal fistül olduğu eksternal sfinkterin kısmen defektif, internal sfinkterin sütüre ve kontinansın kısmen sağlandığı gözlemlendi. Fistül hattının küçülebilmesi ve minör cerrahi uygulama isteği nedeni ile beklemeye karar verildi. Hastanın hayatını kolaylaştırmak için birkaç öneride bulunuldu. Hasta, defekasyon sırasında fistülün vagen tarafına baskı uygulaması ve oturma banyosu yapması önerilerek 4 ay takip edildi.

4 ay sonrasında fistül traktı oturmuş, çapı 1-2 mm ye düşmüştü. Fistül orifisi anal vergeden 1 cm proksimalde idi. Sadece gaz kaçağı gözlenmekteydi (Resim2).



Resim 2

Hastanın operasyon hazırlığı yapıp, fistül hattının küçük olması ve anal verge'ye yakınlığı nedeni ile mukozal ilerletme flebi –Martin Anoplasti- planlandı.

Operasyon spinal anestezi eşliğinde Prone -diz dirsek –pozisyonunda uygulandı.

Fistül hattı ortada kalacak şekilde 1-1,5 cm lik bir mukoza önce bistürü ile çizildi(Resim 3).



Resim 3

Daha sonra çizilmiş olan mukoza keskin diseksiyonla eksize edildi(Resim 4).



Resim 4

Mukoza ve cilt diseke edilip serbestleştirilerek Martin Anoplasti tamamlandı(Resim 5)



Resim 5

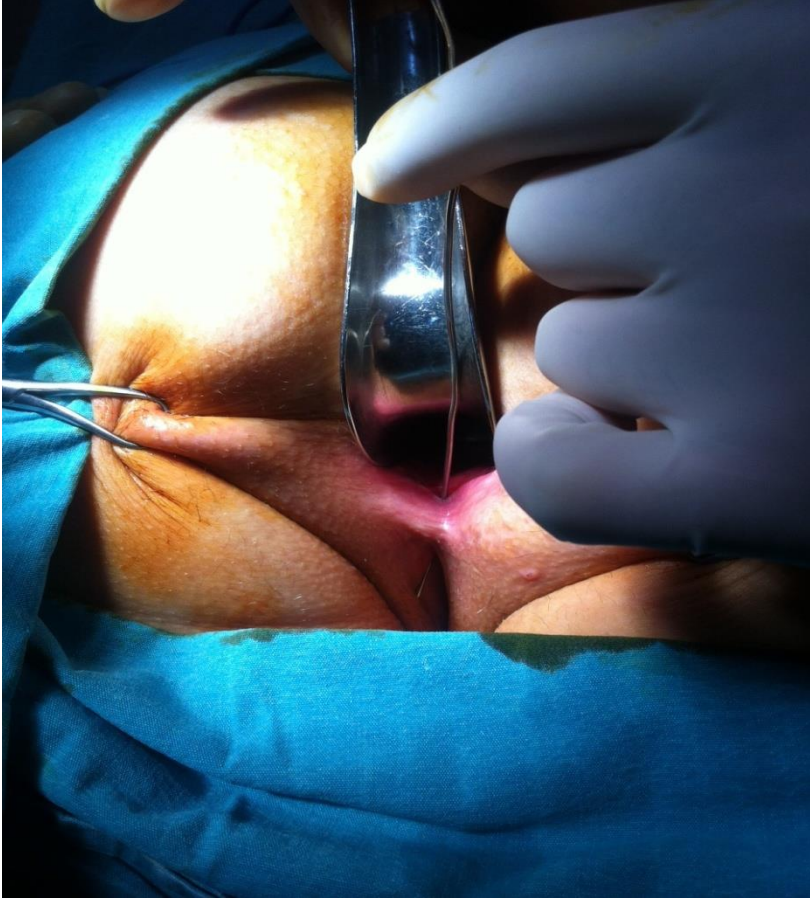
Hastada postop dönemde herhangi bir komplikasyon gelişmemesi üzerine taburcu edilip ayaktan tedavisine devam edildi.

Ameliyatın 6. Haftasında vagenden gaz gelmesi şikayeti ile tekrar başvurdu.

Yapılan muayenede anal vergeden 1.5-2 cm proksimalde fistül orifisi gözlemlendi. Daha önceki fistülün proksimalden nüksü olarak değerlendirildi. Reoperasyon kararı verildi. Bu kez Cilt iletme flebi-House flep- ile tamir planlandı.

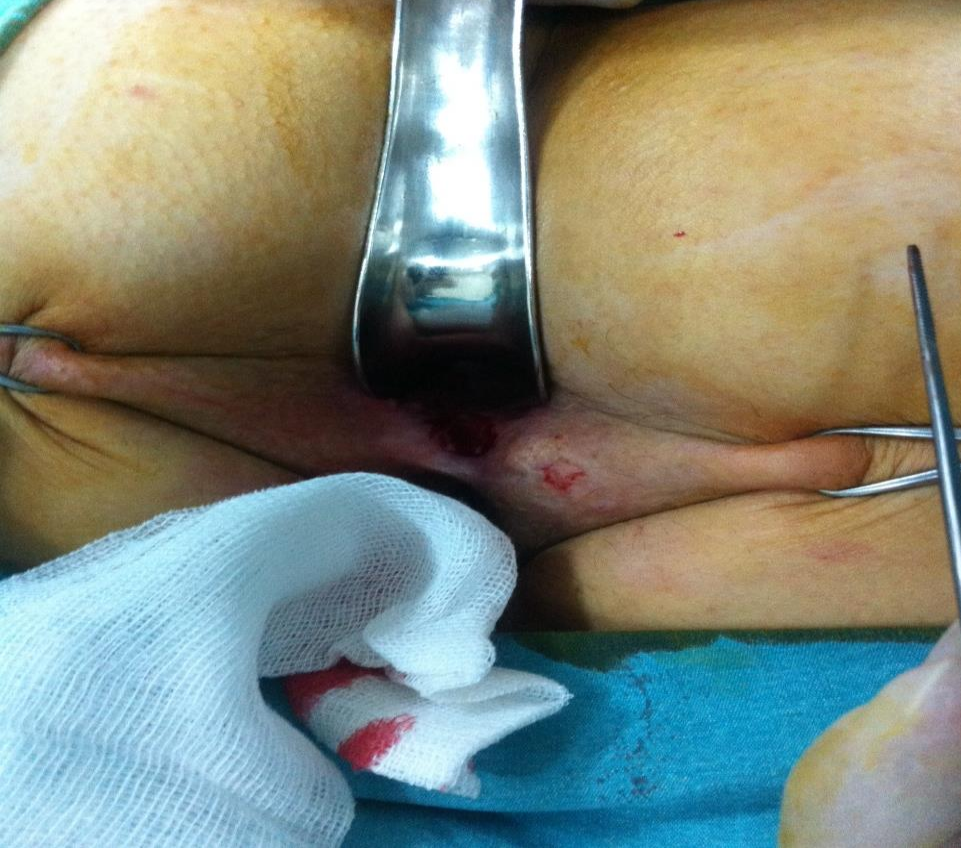
Operasyon yine spinal anestezi eşliğinde ve yine prone pozisyonunda yapıldı.

Fistül orifisi anal vergeden 1.5-2 cm proksimalde ve saat 6 kadrında idi. Ancak perinede yeteri kadar bu kadranda cilt bulunmaması nedeni ile flep saat 4-5 kadrından çevrildi ve ona göre hazırlık yapıldı (Resim 6).



Resim 6

Fistül orifisi ortada kalacak şekilde mukoza çizilip eksizyonu uygulandı(Resim 7).



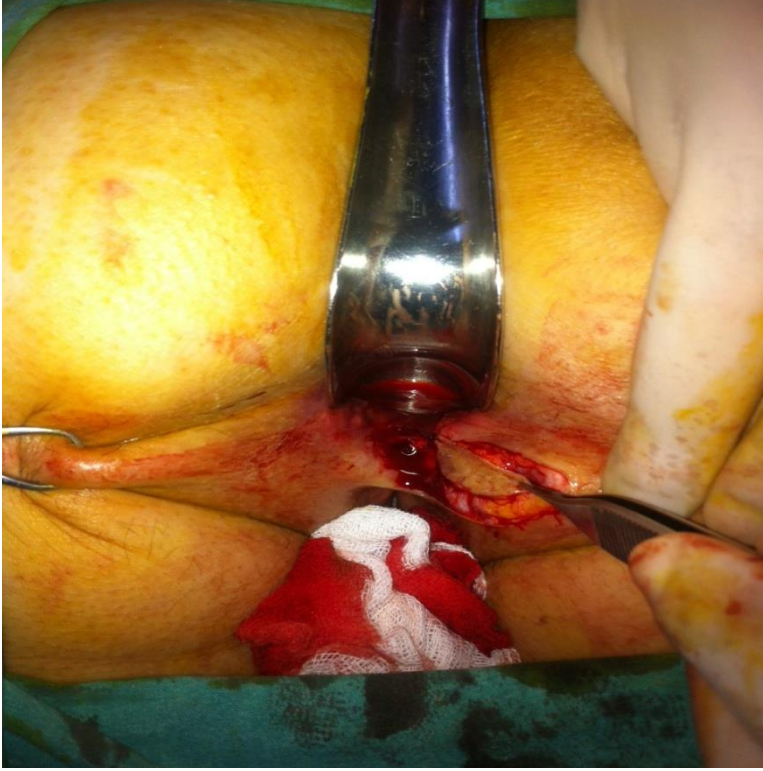
Resim 7

Fistül hattı bulunarak suture edilerek ligate edildi. Daha sonra saat 4-5 kadrından House flep hazırlandı(Resim 8).



Resim 8

Flep gerginliği kontrol edilerek oluşan mukozal defekt onarıldı(Resim 9 ve 10).



Resim 9



Resim 10

Takibi devam eden bu hastamızda postop 2 aylık takipte herhangi bir komplikasyon gelişmedi.

TARTIŞMA:

Rektovaginal fistül özellikle doğum travması nedeni ile gözlenir. İlk travma sonrası iyi bir onarım ve takiple görülme sıklığı düşmesine rağmen evde doğumun yaygın olduğu ülkemizde oldukça sık karşılaşılan bir hastalıktır.

Tanıda hassas davranılmaması, düşünülmemesi bir çok hastanın vaginit gibi tedavi edilmesine sebep olmaktadır.

Tedaviden önce kontinans mutlaka değerlendirmeye alınmalı ve kontinans mevcut ise herhangi bir komplikasyona yol açmamak adına minimal cerrahi metodlar tercih edilmelidir. Agresif cerrahi uygulamalar perine defekti ve inkontinans olaya eşlik etmiyorsa uygulanmamalıdır. Çünkü sfinkter diseksiyonu ne kadar agresif yapılırsa inkontinans ihtimali o kadar artar.

Biz bu vakamızda bu nedenle ilk operasyonda fistül orifisinin anal verge yakın olması nedeni ile mukozal ilerletme flebi ile tamir olacağını düşündüğümüzden minimal invazif cerrahi olan Martin Anoplasti ile tamir uyguladık. Muhtemelen, rektovaginal septum defektinin büyük ve mukozal ilerletme flebinin ince olması nedeni ile proksimalden nüks gözledik. Burada bizi yanıltan rektovaginal septum defektinin büyük olmasına rağmen kontinansın sağlanıyor oluşudur. Oluşan fibrotik dokunun destek dokusu olarak nüksü engelleyeceğini düşünmekle yanıldığımızı anlıyorum. İkinci operasyonda bu nedenle daha kalın olan ve geniş defektlerin tamirinde kullanılan ilerletme flep yöntemlerinden House flep kullandık. Bunda da başarılı olduk.

Yüksek seviyeli fistüllerde perineoplasti ilave etmek gerektiğini ve bu vakaların yaklaşık % 50 sinde bulunan inkontinansın da tedavi edilmesi gerektiğine inanıyorum. Daha önceki makalelerimizde bu tür vakaları ve tedavi tekniklerini paylaştığım için bunları burada ayrıntılandırmıyorum.

Bu vakaya özel olarak perine cildinin yeteri kadar flep çevirmeye müsait olmaması nedeni ile daha lateralize bir flep kullanmadığımızı ve bununda bir alternatif olarak değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamakla yetiniyorum.

Dr.Ramazan Tarık Ünsal

